Aus der Psychiatrischen- und Nervenklinik des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt der Reichsparteitage Nürnberg.
Vorstand: Professor Dr. Fleck.

„Ueber Wesensveränderung bei traumatischer Epilepsie."

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen

vorgelegt von

Hans Wißgall

aus Nürnberg

Tag der mündlichen Prüfung: 14. 9. 1939.

1940

Buchdruckerei Karl Döres, Erlangen, Jägerstraße 3.

1940 №68

Referent: Herr Professor Dr. U. Fleck.

Dekan: Herr Professor Dr. R. Greving.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meiner lieben Mutter

Durch die erbbiologische Beurteilung der psychiatrischen Krankheiten im Sinne der neuen Gesundheitsgesetzgebung ist der Medizin eine sehr verantwortungsvolle Aufgabe gestellt worden.

So kennen wir auf dem Gebiete der Fallsucht eine Reihe von Symptomen, die bei genuiner und symptomatischer Epilepsie, in der gleichen Weise auftreten, nämlich der Anfall, Absencen u. a. Zwischen genuiner und traumatischer Epilepsie spielt nun die Differentialdiagnose eine besonders wichtige Rolle. Von verschiedenen Autoren wird allerdings angegeben, daß die psychischen Veränderungen der genuinen Epilepsie anders seien, als die der exogen bedingten Epilepsien, daß also in der seelischen Durchdringung des Einzelfalles die Differentialdiagnose anzusetzen habe (C. Schneider, Mauz, Stauder, Ewald, v. d. Heydt, Pedersen). Andere Forscher halten diesen Weg für unmöglich, da nach ihrer Meinung auch die traumatische Epilepsie dieselben psychischen Veränderungen hervorbringen könne, wie die genuine, also eine Differentialdiagnose der erblichen Epilepsie weiterhin nur per exculsionem gestellt werden dürfe (Villinger, Fleck, Baumann).

Um zur Lösung dieser Frage beizutragen, soll das Thema vorliegender Arbeit die systematische Untersuchung des psychischen Bildes der traumatischen Epilepsie sein. Die traumatische ist die häufigste unter den exogen bedingten Epilepsien und scheint auch insofern geeignet für die Untersuchung zu sein, als hier durch das Trauma der Zeitpunkt bestimmt ist, von dem ab ein Umbau der Persönlichkeit durch die Epilepsie möglich ist, vorausgesetzt allerdings, daß man epileptisch veranlagte Personen ausschließt.

Im zweiten Teil der Arbeit habe ich dann die Ergebnisse der Untersuchung verglichen mit dem psychischen Bild des Hirntraumas ohne Anfälle und der genuinen Epilepsie, wobei ich mich besonders auf die Angaben Flecks stützte.

Klinische Erfahrungen über die traumatische Epilepsie.

1. Zu meinen Untersuchungen standen mir 23 männliche Kranke zur Verfügung, die großenteils im Verlaufe ihres Leidens das Nürn-

berger Krankenhaus aufgesucht hatten. Bei Frauen fand ich die traumatische Epilepsie wesentlich seltener als bei Männern, deshalb habe ich die vereinzelt mir bekannten Beispiele der Einheitlichkeit wegen unberücksichtigt gelassen.

Es war nicht leicht, eine entsprechende Zahl von Patienten zu finden, die eine statistische Verallgemeinerung zuläßt, da für Untersuchungen über Wesensveränderung nur ganz reine traumatische Epilepsien als Grundlage dienen können. So mußte ich alle nur irgendwie zweifelhaften Krankheitsbilder unberücksichtigt lassen, dann nämlich, wenn eine erbliche Belastung (3—4 Fälle) angenommen werden konnte, wenn irgend ein parallel laufendes Leiden, und seien es nur besondere neurologische Symptome, die scharfe Abgrenzung der traumatischen Epilepsie verwischten, oder wenn gar Alkoholismus, Lues, Arteriosklerose, die Aetiologie der Anfälle zweifelhaft machten. So konnte ich z. B. von 40 Krankengeschichten, die eine ins Gebiet der traumatischen Epilepsie weisende Diagnose zeigten, nur 17 als Grundlage zu meinen Besuchen bei Kranken nehmen.

Die restlichen 6 Patienten brachte ich durch das wohlwollende Entgegenkommen des Führers der Hirnverletzten (NSKOV.) in Erfahrung (und ich möchte es nicht versäumen, hier Herrn Will meinen Dank auszudrücken vor allem auch für die wertvollen Angaben, die er mir über die einzelnen Patienten machte).

2. Die Art der Verletzung der 23 untersuchten Patienten zeigen folgende Zahlen:

16 sind kriegsverletzt, davon 5 durch Gewehrschuß,
11 durch Geschoßsplitter.

Die übrigen sind Opfer irgend eines Unfalls, über den ich weiteres nicht anzuführen brauche.

Die Lokalisation nach verschiedenen Hirngegenden zeigt folgende Uebersicht:

zentroparietal	8,
temporal	5,
frontal	5,
occipital	3,
basal	2,
diffus	1.

Die Einteilung deckt sich in ihrer Reihenfolge mit den Angaben Pedersens; im chirurgischen Protokoll der Basisfraktur heißt es: Basisfraktur mit ausgedehnten Hirnquetschungen.

Als diffus habe ich eine Verletzung bezeichnet, die einen

Sprung des Schädels von frontal bis occipital zeigte, also eine bestimmte Hirnpartie nicht angegeben werden kann.

Eine stärkere Beteiligung einer Seite bei den Anfällen nach Verletzung konnte ich nicht feststellen.

3. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten zeigt den typisch generalisierten Anfall. Den Jacson-Typ fand ich nur 3 mal vertreten. Die Häufigkeit der Anfälle ist sehr verschieden; wenn ich von Schwankungen absehe und den Durchschnitt aller Kranken nehme, so errechne ich je einen Anfall auf 2—3 Wochen.

Epileptische Aequivalente konnte ich auch feststellen, leider hatte ich nie Gelegenheit, sie zu beobachten.

Aus den anschaulichen Schilderungen des „momentanen Wegseins" glaube ich, daß es sich bei 3 Patienten sicherlich um Absencen handelt.

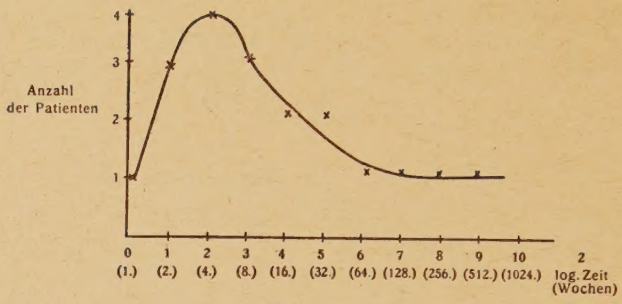
Sehr interessant war mir bei einem Kranken mit Dämmerzuständen, daß dieser postparoxysmal schizophren, und zwar deutlich halluzinatorisch verändert war.

Patient nie krank, mit 33 Jahren Granatsplitterverletzung im Jahre 1918. 10 jähriges Intervall mit deutlicher werdenden Brückensymptomen. Seitdem allwöchentlich halbseitig beginnende, immer schwerer werdende Anfälle und Dämmerzustände. Langsam sich verschlimmernde Lähmung des rechten Armes und Beines. Nach den Anfällen motorische und sensorische Aphasie und Halluzinationen. Er hört Stimmen von der Straße herauf, die über ihn reden; glaubt auch bisweilen, daß seine Frau ihn betrüge, sagt gern, daß er nun bald verrückt werde. Diese Symptome klingen immer langsam zusammen mit der Aphasie ab. In der Zwischenzeit stark verlangsamt, klebrig, gleichgültig, leicht erregbar bis streitsüchtig; andererseits wieder vertraulich und höflich entgegenkommend, selbstverständlich sehr umständlich gebunden, schwerfällig. Seine Grundstimmung ist flach euphorisch.

Nicht ganz typisch sind die Angaben über einen anderen Patienten, der, wie seine Frau berichtet, mitten auf seinem alltäglichen Weg abirrt und vollkommen sein Ziel verfehlt.

4 Patienten geben an, den kommenden Anfall zu ahnen.

Zur Veranschaulichung der Intervalle zwischen Verletzung und Auftreten des ersten Anfalles bringe ich nachfolgendes Schema:



Eine Abhängigkeit des Intervalls von der Art der Verletzung konnte ich nicht nachweisen. Dafür ist auch größeres Zahlenmaterial nötig.

4. Bei der Aufstellung meiner Ergebnisse habe ich noch den Körperbau-Typ berücksichtigt. Wenn man drei Auswahlmöglichkeiten hat, wird es mehrere schwer zu entscheidende Fälle geben. Ich habe sie entsprechend verteilt und komme zu folgender Aufstellung:

Athletisch	12,
Leptosom	6,
Pyknisch	4.

Den einen Patienten, der noch fehlt, möchte ich am besten als Eunuchoiden charakterisieren.

Damit nimmt der athletische Typ über 50% für sich in Anspruch. Es ist diese Zahl gar nicht so verwunderlich, wenn man bedenkt, daß die Mehrzahl Kriegsverletzte, also Frontkämpfer sind, und damit von vornherein schon eine gewisse Auswahl stattgehabt hat; im übrigen sagen die Ergebnisse bei einer Auswahl von 23 nichts Endgültiges; aber man kann sich vielleicht die Tatsache merken.

5. Sehr schwierig ist die Frage der Erblichkeit bei der traumatischen Epilepsie, wobei die Vererblichkeit auf die Nachkommen leichter zu klären ist, als die Disposition des Betroffenen selbst.

Soweit die Untersuchten Kinder haben, habe ich sie völlig gesund, ohne nur eine Spur epileptoider Veranlagung angetroffen. Allerdings besagt das wenig, da die meisten Kinder noch zu jung waren für eine Manifestation einer epileptischen Anlage. Ein Kind fand ich mit Hüftgelenksluxation, doch glaube ich, daß diese Erbkrankheit etwas weit vom Erbkreis der Epilepsie liegt; zudem was bedeutet sie schon, wenn 6 Geschwister völlig normal sind.

Bei meiner Frage nach Anfällen, nervösen Störungen, Migräne, Dipsomanie, Schwachsinn, Linkshändigkeit, Sprachfehler, Kopfweh im Familienkreis, erhielt ich — die zweifelhaften Fälle habe ich ja ausgeschlossen — jedesmal eine negative Antwort bis auf einen Patienten, dessen Bruder und Geschwister-Kinder unter Convulsionen litten; aber gerade er zeigt unwesentliche seelische Veränderungen.

Zu der Frage also, ob epileptische Belastung wesentlich ist für irgend eine Verlaufsrichtung des Hirntraumas bzw. der traumatischen Epilepsie, kann ich aus meinen Untersuchungen keinen Beitrag liefern.

6. Eine Frage, die ich auch hier noch vorwegnehmen will, ist, ob die Wesensveränderung bei traumatischer Epilepsie von der Dauer der Erkrankung abhängt.

Wie ich später noch näher behandeln werde, sind die psychischen Eigenschaften der traumatischen Epilepsie denen beim Hirntrauma sehr ähnlich, und so ist es erklärlich, daß bei schweren Verletzungen ein großer Teil der psychischen Umbildungen bereits nach Abklingen der commotionellen Erscheinungen und neurologischen Symptome als Restzustand bleibt.

Verständlich ist, daß der Körper im Kampf gegen den Fremdreiz früher als gewöhnlich erlahmt, also ein verfrüht einsetzendes Altern die Folge ist. Damit gewinnt natürlich die Noxe umso eher überhand.

Es ist wohl anzunehmen, daß 5 Jahre nach dem Trauma alle seelischen Veränderungen qualitativ zu erkennen sind und daß mit Fortschreiten des Leidens nur eine deutlichere Ausprägung der Eigenschaften und die Ausbildung von sekundären Veränderungen zu bemerken sind.

Da die Traumen bei vorliegenden Untersuchungen meist bereits über 15 Jahre zurückliegen, andererseits die Kranken mit weniger lang entferntem Trauma gerade die ausgebildetsten seelischen Veränderungen aufweisen, habe ich auf den zeitlichen Faktor in den nachfolgenden Untersuchungen keine Rücksicht genommen.

Das Alter beim Unfall schwankt bei meinen Patienten zwischen dem 19. und 38. Lebensjahr, im Durchschnitt habe ich 26,5 errechnet. Ich glaube, es ist im allgemeinen nicht bedeutungsvoll für das Auftreten von Anfällen.

7. Es wäre vielleicht noch ein Wort zu sprechen über den schädlichen Einfluß von Alkohol, über das Auftreten krimineller

Eigenschaften, sexueller Exzesse, die bei Hirnverletzten nichts Neues sind; aber damit würde ich nur das schon lang vorher Bekanntc bestätigen. Ein Befund, den ich außer der Reihe erhoben habe, scheint mir wichtig, noch besonders genannt zu werden:

Patient 28 Jahre alt, erbliche Belastung wird negiert. 1935 Unfall (Sturz), dabei Schädelbasisfraktur. Nach wenigen Tagen bereits die ersten Anfälle. In einem ausführlichen Gutachten aus dem November 1936 wird entgegen einer Beurteilung früheren Datums festgestellt, daß der Patient nun auffällig psychisch verändert sei. Er zeige deutliche Verlangsamung, Schwerfälligkeit, Umständlichkeit, Klebrigkeit und Gebundenheit. Gegen Ende 1936 hörten diese Frühanfälle auf und zeigten sich auch bis heute nicht mehr. Bei der heutigen Untersuchung ist von der im November 1936 erhobenen Wesensveränderung nichts mehr festzustellen. Im Gegenteil, der Untersuchte ist geistig sehr regsam, wird in seinem Beruf (Masseur) sehr geschätzt als flink, liebenswürdig, tüchtig; er will entweder jetzt nachträglich studieren oder wenigstens durch einen Aufenthalt im Ausland sein Blickfeld weiten.

Wie ich diesen Befund deuten soll, ob es ein zufälliges Ergebnis ist, ob ein tatsächlicher direkter Zusammenhang zwischen funktioneller Veränderung und Wesensänderung besteht, kann ich nicht beurteilen.

Eigene Untersuchungen über Wesensveränderung bei traumatischer Epilepsie.

Meine Ergebnisse habe ich gewonnen auf Grund längerer und öfterer Unterhaltungen mit den Patienten, wobei ich versucht habe, dem Kranken möglichst menschlich nahezukommen. Ebenso wichtig erachtete ich es, mich sehr genau über das den Kranken umgebende Milieu, seine Stellung im Familienkreis zu orientieren, versäumte es vor allem nie, in einer Unterhaltung mit der Frau des Patienten Näheres über ihn zu erfahren und sonstige Erkundigungen einzuziehen. Daß mir die Krankengeschichte und eventuelle Gutachten eine wertvolle Ergänzung boten, brauche ich wohl nicht besonders hervorzuheben.

Man möchte annehmen, daß infolge des jähen Defektes, der uns doch einen sicheren Zeitpunkt angibt, von dem ab die traumatischen epileptischen Veränderungen möglich sind, gerade bei

traumatischer Epilepsie die Feststellung einer Wesensveränderung erleichtert sei; aber die große Schwierigkeit ist die, daß der traumatische Epileptiker eben Epileptiker und Hirntraumatiker ist. Daß diese beiden Erkrankungen Wesensveränderungen möglich machen, die weitgehend sich ähneln, will ich später besonders erörtern. Zunächst mußte ich mir über eine Untersuchungsmethode klar werden. Naheliegend war, daß ich mir Aufschluß verschaffte über die Möglichkeiten einer Wesensveränderung, also mich zunächst mit der Epilepsie als solcher beschäftigte.

In der theoretischen Medizin gewinnt heute in Ueberwindung des Mechanismus und Vitalismus die Lehre von der Ganzheit immer mehr Einfluß, und sie ist dabei, auch die klinische Medizin zu erobern. Trotz der noch größeren Schwankungsbreite eines pathologischen Organismus ist sicher der Kranke ebenso eine Einheit wie der physiologische, der gesunde Organismus. Praktisch auf unseren Fall bezogen heißt das, man erkennt einen Epileptiker eindrucksmäßig, vorausgesetzt, daß er epileptische Veränderungen zeigt, sofort als eine Einheit und wird sich erst rückläufig über die einzelnen Symptome wie Verlangsamung, Klebrigkeit usw. klar. So offensichtlich die Einheitlichkeit der Tönung bei dem einzelnen Epileptiker ist, so undurchsichtig wird sie, wenn wir die Epilepsie schlechthin als eine Gesamtheit betrachten wollen, wenn wir gar „das Epileptische" der Literatur zur Ganzheit zusammenfassen wollen. Wir müßten in rückläufiger Analyse soviele Züge berücksichtigen, daß wir von vorneherein die Skala aller normalen und abnormen Eigenschaften abschreiben könnten.

So schön und zweckmäßig die holistische Idee gerade für das Gebiet der Geisteskrankheiten wäre, — sie brächte den Vorteil einer einheitlichen Systematik und Uebersichtlichkeit —, für eine wissenschaftliche Bearbeitung halte ich sie für zu individuell gefühlsmäßig und wenig exakt. Ich habe deshalb zur Feststellung einer Wesensveränderung bei der traumatischen Epilepsie den analytischen Weg eingeschlagen und die nüchternen klinischen Begriffe, wie sie Fleck in seiner Arbeit über das Epileptoid als Disposition seiner Untersuchungen angegeben hat, als Grundlage meiner Arbeit gewählt. Der Sinn dieser Methode ist die Häufigkeit einzelner Charakterzüge, die in der Literatur als „epileptische" bezeichnet werden, bei der traumatischen Epilepsie festzustellen. Daß ich darüber den Menschen nicht vergessen habe, zeigen vor allem die späteren Ausführungen.

Wenn ich in nachfolgender tabellarischen Zusammenfassung Prozentzahlen bringe, so haben diese keine allgemeine Gültigkeit, dafür ist die Zahl der untersuchten Patienten zu klein. Sie sollen

nur eine Vergleichsmöglichkeit bieten mit den Zahlen, wie sie Fleck für die „Männer der Klinik", die an genuiner Epilepsie litten, erhoben hat.

	Unlust	Gleichgültigkeit	Umständlichkeit	Gebundenheit	Klebrigkeit	Jähzorn	flache Euphorie
Traumatische Epileptiker	30,45	30,5	60,9	65,25	17,4	21,75	17,40
„Männer genuin der Klinik" (Fleck)	27,8	31,5	70,3	61,6	38,9	25,9	11,1

Die Häufigkeit einzelner Eigenschaften im Anteil vom Hundert bei genuiner Epilepsie (Fleck) **und traumatischer Epilepsie** (eigene Untersuchung).

Es ist selbstverständlich, daß meine Zahlen dem Fehler der kleinen Zahl unterliegen und wie alle psychologischen Daten subjektiver Natur sein müssen, allerdings mit der Einschränkung, daß ich mich ziemlich genau an die Untersuchungsmethoden von Fleck gehalten habe.

So mannigfaltig die Ausdrücke sind, die geprägt wurden, eine Wesensveränderung darzustellen, glaube ich, daß in den angegebenen Eigenschaften alle Züge von namhaften Veränderungen angegeben oder durch Kombination mehrerer Begriffe zu erhalten sind. So ist sicherlich das Schwerfällige, das Stumpfe, das Zähflüssige, das Antriebsgestörte, nur eine verschieden graduierte Zusammenfassung von gebunden, umständlich, klebrig, unlustig, wobei beim Schwerfälligen das Umständliche, beim Stumpfen das Unlustige, beim Zähflüssigen das Klebrige, beim Antriebsgestörten das Gebundene überwiegt. Zugleich sind diese Veränderungen primäre, d. h. die Konstanz, mit der sie bei verschiedener Veranlagung auftreten, läßt vermuten, daß hier die Krankheit und nur sie diese Züge hervorriefen. Die Veränderungen sind mannigfaltig und betreffen verschiedene Apparate des Gehirns. Es wird das Temperament, das Naturell und der Intellekt betroffen. Ich bin mir der Mängel jeglicher Schematisierung in dieser Hinsicht bewußt, versuche aber doch der Uebersichtlichkeit und des leichteren Verständnisses für das Folgende wegen diese Oberbegriffe in eine Ebene zu zwingen und bildhaft um sie die genannten Eigenschaften ihrer Stellung bzw. Mittelstellung gemäß zu gruppieren.

Dabei habe ich die Veränderung des Intellekts in Richtung Demenz, also Störungen der Intelligenz nicht mit aufgenommen; ich behandle diesen Punkt kurz am Schlusse dieses Kapitels.

Die Unlust bezeichnet die anhaltende Verstimmung, das Mürrische, ewig Nörgelnde, Freudlose im Menschen. Nicht berücksichtigt sind hier die häufigen psychoreaktiven Verstimmungen, unter denen fast alle diese Kranken mehr oder minder leiden. Unter Euphorie versteht man wohl im allgemeinen das Gegenstück zu Unlust. Ich bezeichne mit Euphorie eine zur Situation des Kranken inadaequate flache Stimmungslage, die wohl dadurch bedingt ist, daß der Kranke den nötigen Abstand zu seinem Leiden verloren hat. Ich traf sie auch gerade bei den schwersten Formen an. So möchte ich behaupten, daß das Euphorische als eine lösende Steigerung des Unlustigen im Sinne einer Demenz zu deuten ist. Daß es auch Kranke mit weniger ausgesprochenen Wesensveränderung, aber unverkennbarer Euphorie gibt, leugne ich nicht; nur behaupte ich, daß diese Euphorie nicht eine Folge des Leidens ist, sondern lediglich einer Veranlagung entspringt. Mit $^1/_5$ aller Kranken ist das Verhältnis wohl etwas hoch, das mag aber an dem Fehler der kleinen Zahl liegen.

Eine ähnliche Stellung nimmt die Gleichgültigkeit ein. Sie ist auch vorwiegend eine Angelegenheit des Temperaments, spielt aber zweifelsohne noch mehr in das Intellektuelle hinüber. Die Einseitigkeit, die ich bei weiteren 13% feststellte, ist dazu die Vorstufe. Eine Einengung der Interessen, die sich schließlich zur Indifferenz entwickelt, verschließt vor den Fragen der Umwelt.

Die Umständlichkeit drückt sich in Wort und Tat aus. Wie oft mußte ich von den Angehörigen hören: „Es ist schrecklich, ihm bei einer Arbeit zuzusehen, wie er sich anstellt.“ Die sprachliche Insuffizienz bringt es mit sich, daß die Kinder oft heimlich lachen, wenn der Vater etwas, vielleicht gar einen Witz erzählt, vor allem da die Umständlichkeit meist mit Gebundenheit gepaart ist. Während aber die Umständlichkeit zweifelsohne dem Intellekt sehr nahe steht, betrifft die Gebundenheit das Naturell, d. h. „sie bedeutet allgemein eine Hemmung des Umsetzens von Seelischem in Handlungen, ganz gleich ob es sich um Handlungen als „Antworten“ oder um Handlungen aus eigenem Antrieb heraus handelt. In der Gebundenheit wird also auch der Antrieb wesentlich getroffen sein“ (F l e c k).

Tempoverlust ist bei einer großen Zahl der Untersuchten festzustellen (56,5%). Ich rechne darunter die Kranken mit Antriebsstörung, bei denen sich eine, wenn auch nur geringe Verlangsamung bemerkbar macht. Doch mutete sie mir äußerlich und mehr wie ein retardierendes Moment an, das die Kranken selbst lästig empfanden, da die Ausübung ihres Willens von der Motorik gehemmt wird. Bei 30,4% habe ich eine deutliche Verlangsamung bemerken können, sowohl geistig als auch sprachlich, und rein körperlich.

Dagegen liegt bei der Klebrigkeit mehr Gewicht auf dem gleichzeitigen Versagen des Intellekts, d. h. Einengung der Uebersicht und überhaupt Senkung des geistigen Niveaus. Ich fand nur drei in diese Rubrik gehörige und einen Patienten, bei dem ich mir darüber nicht ganz klar werden konnte. Vielleicht fand ich deshalb so wenige, weil ich im Klebrigen etwas Unsympathisches, fast möchte ich sagen, Schmieriges erblicke.

Die Jähzornigen habe ich mit 21,7%, das entspricht 5 Patienten, angegeben. Ich möchte sie lieber als Explosible bezeichnen. Sie reagieren nach dem Alles- oder Nichtsgesetz. Ihre Gebundenheit, Verlangsamung, auch manchmal Gleichgültigkeit, dämpft die kleinen Reize, aber wehe, wenn die Schwelle überschritten ist; dann kennen sie keine Beherrschung und keine Grenzen für ihre Wut und Grausamkeit. Eine Frau schilderte mir ihren Mann als gutmütig, hilfreich, ja friedlich. Wenn er aber in Wut gerate — das sei Gottseidank nicht so häufig —, gliche er einem Rasenden, zerschlage die ganze Einrichtung und könnte nach seinen eigenen Aussagen „einen hinmachen“. Gerade bei diesen Kranken fällt mir die Gebundenheit, Verlangsamung und Gleichgültigkeit auf.

Dagegen ist die einfache Erregtheit und Gereiztheit viel häufiger, wie sie ja überhaupt als ein allgemeines Charakteristikum für

Trauma und Epilepsie gewertet wird. Mehr oder weniger empfindlich sind 75%, gereizt 47,8, erregt 34,8%. Das Empfindliche ist wohl unspezifisch; wir kennen ja von anderen Kranken her die Intoleranz, die sich in Empfindlichkeit äußert. Die Gereiztheit ist aber mit 45% sicher schon als eine spezifische Erscheinung zu betrachten. Vielleicht wäre es besser, die Erregten in Beziehung zum Jähzorn zu setzen, aber damit würde ich manchen doch im allgemeinen Harmlosen dieser Gruppe unrecht tun. Die Grenzen des Begriffes Jähzorn sind eben unscharf, darum habe ich die geschilderte Aufteilung vorgenommen.

Neben diesen zahlenmäßig führenden Veränderungen habe ich mich auch über die sonst noch in der Literatur angegebenen epileptischen Eigenschaften bei meinen Patienten orientiert:

So fand ich unter den 23 traumatischen Epileptikern 2 Religiöse, muß aber gleich dazu setzen, daß die beiden vorher ebenso kirchlich eingestellt waren, nur haben sie jetzt auf Grund ihrer Invalidisierung mehr Zeit, in die Kirche zu gehen. Beim einen davon hatte ich das bestimmte Gefühl, das sei für ihn eine nette Abwechslung.

Pedanterie zeigte ein Patient; er soll nach Aussage seiner Mutter schon immer streng und ordnungsliebend gewesen sein, allerdings es nun noch viel peinlicher nehmen. Aber gerade er zeigt so wenig andere Eigentümlichkeiten, die auf eine epileptische Charakterveränderung hinzeigten, daß ich hier unter keinen Umständen eine epileptische Pedanterie annehmen möchte.

Uebertriebene Höflichkeit fiel mir bei einem Patienten auf, dessen ganzes Benehmen ins plump Vertrauliche, ja fast noch mehr ins Infantile hinüberspielt.

Für die Kategorien: Hypersozial, brutal egoistisch, ausgesprochen falsch und unaufrichtig, boshaft, kann ich keinen Vertreter nennen. Eigenlob gleichzeitig mit Familienlobrednerei fand ich bei einem Kranken, eigentlich bei zwei, aber das zweite Ergebnis ist nicht zu verwerten, da die gesunde Mutter noch prahlerischer war mit ihren und ihres Sohnes Fähigkeiten als der Kranke selbst. Auch zeigt er sonst recht wenig epileptische Symptome.

Diese zuletzt aufgezählten Züge sind also recht wenig häufig vertreten, und ich finde sie in meinem Bekanntenkreis in derselben Zahl, noch bevor ich auf 23 Leute komme.

Aufgefallen ist mir bei 5 Patienten das Mißtrauen, das sie ihrer Umwelt entgegenbringen. Es sind dies Patienten mit mittlerer Schwere des Leidens. Sicherlich ist diese Eigenschaft anlagebedingt und reaktiv gesteigert durch das Gefühl, ein nicht mehr vollwertiger Mensch zu sein. So hielt mir ein Patient entgegen, daß

er das Abzeichen der Hirnverletzten nie tragen mag, weil er dann von den Menschen als halbverrückt angeschaut würde. Auch rentenneurotische Züge oder Flucht vor pharmazeutischen Hausierern mögen damit hereinspielen.

Einen Verfall der geistigen Spannkraft in Richtung einer Demenz habe ich bei 7 Patienten (30,4%), eine wirkliche Demenz davon nur bei 2 gesehen. Sehr viel häufiger sind kleinere Störungen der Intelligenz (zusammen mit den vorigen: 15 Patienten = 65%). Auf 7 Patienten traf Verschlechterung des Gedächtnisses zu, auf 14 Ausfälle in der Merkfähigkeit, je 10 Patienten zeigten Erschwerung der Auffassung und Störung der Konzentration und Aufmerksamkeit.

Gesichtspunkte zur Entstehung der „epileptischen" Eigenschaften.

Bei meinen Untersuchungen über die Wesensveränderung bei traumatischer Epilepsie habe ich festgestellt, daß 16 Kranke, also fast 70%, eine Veränderung zeigen, 30% keinerlei Befund einer psychischen Aenderung aufweisen. In diese 70% habe ich alle Patienten eingerechnet, bei denen ich abnorme Eigenschaften, die man unter Berücksichtigung ihres Alters, ihrer Milieus, nicht erwartet, gefunden habe und als deren Ursache man das Trauma und die Anfälle geltend machen kann, und zwar zeigen diese neu erworbenen Eigenschaften eine deutliche Richtung und gewisse Systematik des Auftretens. Diese Systematik ist ableitbar einerseits vom pathologischen Hirngeschehen, d. h. dem Veränderungsimpuls, der primär neue Eigenschaften zeitigt — ich bezeichne mit Veränderungsimpuls die Kraft, die eben die Wesensveränderung bedingt, und lasse dabei unberücksichtigt, ob sie nun von dem pathologischen Hirngeschehen direkt oder dem Körper als Abwehrbewegung ausgeht —, zum anderen von schon vorhandenen Anlagen, die durch den Veränderungsimpuls sekundär manifest oder gefördert werden. Weitaus im Vordergrund stehen Umständlichkeit und Gebundenheit, die beinahe $^2/_3$ aller Patienten aufweisen. Nach Fleck ist das ein Zeichen, daß diese Eigenschaften direkt abhängig sind vom Hirngeschehen, wie ihr Auftreten bei verschiedenen Hirnkrankheiten zeigt (Schwachsinn, Epilepsie, Trauma). Als nächst häufigstes Symptom ist die Gereiztheit anzuführen, die ich bei fast der Hälfte aller Patienten gefunden habe. Sicherlich ist auch sie eine direkte Folge des pathologischen Hirnprozesses, der gewissermaßen dem ganzen psychischen Apparat einen vermehrten Tonus gibt, ähnlich wie eine Läsion der Pyramidenbahn Reflexsteigerung bedingt.

Die Frage, ob der Jähzorn auch Ausdruck des Hirngeschehens oder anlagegebunden ist, ist wohl sehr schwierig. Fleck nimmt an, da Jähzorn nicht so häufig auftritt wie z. B. Umständlichkeit, Gebundenheit, daß seine Beziehung zum Hirnprozeß nicht so eng ist, sondern es sich mehr um das „Anspringen von seelischen Funktionen" handelt, für die die Anlage eine ausschlaggebende Bedeutung hat.

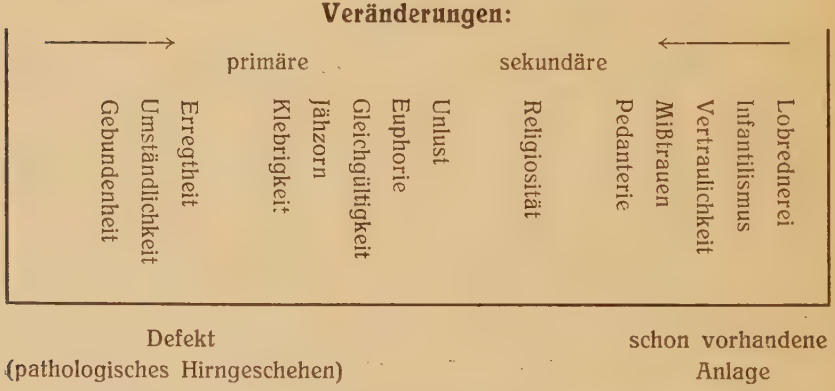
Sicherlich wird die Krankheit fördernd wirken auf eine vorhandene derartige Anlage, aber meine anamnestischen Erfahrungen zeigen, daß, vielleicht zufällig, keiner von den 5 Patienten in der Zeit vor dem Trauma, wie ich mir aus der Umgebung der Patienten berichten ließ, eine Veranlagung in dieser Richtung zeigte. Weiterhin stellte ich fest, daß Jähzorn erst später als die anderen Eigenschaften auftritt und daß die Betroffenen ausgesprochene Wesensveränderung zeigen. Ich glaube daraus feststellen zu dürfen, daß zur Entstehung dieser Eigenschaft das Gereizte sich mit dem Gebundenen vielleicht noch besser mit der Verlangsamung paaren muß. Daß dazu auch noch eine Verschiebung des Schwergewichtes von Intellekt zum Triebleben, also ein Absinken des Verantwortungsbewußtseins Voraussetzung ist, nehme ich fest an — ich werde diesen Punkt noch später näher beleuchten. — Damit glaube ich, das weniger häufige Auftreten auch erklären zu können und die Berechtigung meiner Ansicht nachgewiesen zu haben, daß der Jähzorn eine erst in zweiter Linie, aber vorwiegend primär vom Gehirngeschehen abhängige Eigenschaft der traumatischen Epilepsie ist.

Unlust und Gleichgültigkeit zeigen ungefähr je $^1/_3$ aller Kranken. Wenn ich die Flacheuphorischen mit einrechne, komme ich auf fast 50% Temperamentsveränderte. Es ist sehr schwierig, die Ursache einer derartigen Veränderung, wie Unlust, genau zu erkennen. Es scheint ja wohl, daß hier eine praemorbide Veranlagung die Grundlage bildet, denn ich kann mir nicht vorstellen, rein körperlich, wie der Hirnprozeß so tief sitzende Zentren beeinflussen will, ohne ganz weitgreifende Veränderungen in den anderen Apparaten des Gehirns zu setzen. Zudem glaube ich, daß, wenn ich auch zu meinen Untersuchungen eine möglichst neutral zwischen den Anfällen liegende Zeit benutzte, die Unlust doch vorwiegend psychoreaktiv bedingt ist. Die mehr dynamische Furcht, der Schrecken des Erlebnisses, werden statisch zur Unlust, ähnlich wie manchmal schon auf dem Gesicht das mimische Bild der Angst und Furcht zu einem unlustigen Ausdruck erstarrt ist.

Zur Gleichgültigkeit halte ich keine besondere Anlage für notwendig, ebenso wenig wie für die Klebrigkeit, die zu definieren

sehr schwer ist; sicher liegt sie in der Linie gebunden — verlangsamt — umständlich, aber gerade hier spielt bestimmt eine nicht zu geringe Demenz eine wesentliche Rolle. Die Gleichgültigkeit und Klebrigkeit treten mit dem Jähzorn meist erst später auf als die sonstigen Veränderungen, finden sich auch nicht so häufig. Ganz eindeutig dagegen ist die Voraussetzung einer Anlage bei den noch genannten Eigenschaften. - Ich möchte sie deshalb als indirekte (sekundäre) Veränderungen nennen. Hier wirkt also der Defekt auslösend und fördernd oder die Wesensveränderung wirkt auf eine vorhandene Eigenschaft verzerrend ein. Dazu zählen: Religiosität, Pedanterie, Lobrednerei, Hypersozialismus und ähnliche. Es wäre vielleicht besser, hier von quantitativen Veränderungen zu sprechen, während die vorher angeführten Eigenschaften ganz neu erworbene, also qualitative Veränderungen darstellen, aber ich habe diese beiden Bezeichnungen für das kommende Kapitel vorbehalten.

Zusammengefaßt drückt diese Ausführung folgendes Schema aus:



Typenreihe zur Ableitbarkeit der Veränderungen.

Traumatische und genuine Epilepsie.

Wenn ich nun meine Ergebnisse überblicke und die Zahlen der genuinen Epilepsie Flecks damit vergleiche, sehe ich, daß von einigen immer bestehenden Schwankungen abgesehen, das Resultat nicht wesentlich anders lautet. Ich bin sozusagen von den bekannten Eigenschaften der erblichen Fallsucht ausgegangen und erhalte sie beim traumatischen Epileptiker bestätigt, ich finde

ebenso die Klebrigkeit, die Umständlichkeit und auch die anderen Eigenschaften höchstens mit dem Unterschied, daß einige zahlenmäßig weniger vorkommen.

Und dennoch glaubte ich bei meinen Untersuchungen einen Unterschied festzustellen. Es fiel mir auf, daß ich die typische Religiosität so gut wie gar nicht fand, daß die Eigenschaften Pedanterie, Lobrednerei, Egoismus u. ä. (eben die sekundären Veränderungen), denen manche Autoren diagnostische Bedeutung für die genuine Epilepsie zuschreiben, wenn überhaupt, dann nur in einer Häufigkeit vorhanden sind, die das Normalverhältnis im Volk nicht wesentlich übersteigt.

Aber der Schluß, den ich zuerst zog, den auch manche Autoren aufweisen, daß hier ein Unterschied der beiden Wesensveränderungen liege, erwies sich als verfrüht und unrichtig. Fleck hat in seinen exakten Untersuchungen an immerhin großem Material für die genuine Epilepsie gezeigt, daß bei systematischer Durchsuchung diese genannten Eigenschaften an Bedeutung und Zahl weitaus zurückfallen und nicht so häufig sind, wie man meist annimmt. So fand er unter 54 in der Klinik beobachteten Epileptikern nur 5 mit Neigung zu Eigenlob, 7 Gespreizte, 13 Religiöse, 4 ausgesprochen Pedantische, 2 brutal Egoistische. Es war mir also nur möglich, einen zahlenmäßig etwas geringeren Prozentsatz der Eigenschaften der traumatischen Epilepsie als bei der genuinen Fallsucht nachzuweisen, nicht dagegen eine Verschiedenheit in den Qualitäten der Eigenschaften.

Traumatische Epilepsie und Hirntrauma.

Leider war es mir zeitlich nicht möglich, eine entsprechende Zahl Hirntraumatiker nach den gleichen Gesichtspunkten zu untersuchen. Ich habe es nicht versäumt, einige besonders aufschlußreiche Patienten zu besuchen und im übrigen meine Kenntnisse über die Wesensveränderung bei Hirntrauma durch Literatur zu bereichern. Danach zeigen die Hirntraumatiker vor allem folgende Symptome: umständlich, gebunden, erregt, leicht ermüdbar, Tempoverlust bis verlangsamt, unlustig, Verschlechterung der Aufmerksamkeit und Konzentration, Herabsetzung der Merkfähigkeit, und auch Jähzorn, Klebrigkeit, Gleichgültigkeit. Das heißt, wir finden nicht mehr und nicht weniger Eigenschaften, als ich bei meinen Untersuchungen an den traumatischen Epileptikern als wesentliche aufstellte. Lediglich ihre Häufigkeit ist vielleicht etwas verschoben. Die angegebenen Zahlen unterscheiden sich zwar, aber

das eine ist aus allem zu lesen, daß die Veränderungen: Klebrigkeit, Gleichgültigkeit und Explosiblität seltener auftreten; Erregtheit, Tempoverlust, Antriebsstörung, Umständlichkeit bilden die Hauptveränderungen; der Prozentsatz aller derer, die Veränderungen zeigen, liegt niedriger als der, den ich bei meinen Untersuchungen angegeben habe (70%).

Es lassen sich also auch hier keine grundsätzlichen Unterschiede zur traumatischen Epilepsie aufstellen, außer daß die Wesensveränderung weniger häufig und weniger tiefgreifend ist, so daß nur wenige eine Charakterveränderung zeigen. Von einzelnen Patienten, bei denen ein sehr langes Intervall bestand, habe ich durch genaue Anamnese immer in Erfahrung bringen können, daß die Wesensveränderung des Kranken schon in derselben Form vor den Anfällen vorhanden war, daß die neuen Eigenschaften höchstens jetzt etwas ausgeprägter in Erscheinung treten. In diesem Sinne hat Baumm darauf hingewiesen, daß die Anfälle lediglich einen koordinierten Faktor darstellen.

Schlußfolgerung.

In den vorhergehenden Kapiteln habe ich betont, daß ich keinen qualitativen Unterschied zwischen der Wesensveränderung der genuinen und der traumatischen Epilepsie feststellen konnte. Ich glaube sogar festgestellt zu haben, daß rein zahlenmäßig diese seelischen Veränderungen sich weitgehend entsprechen. Weiterhin habe ich betont, daß auch bei posttraumatischer Wesensveränderung keine anders gearteten neu erworbenen Eigenschaften gefunden werden. So könnten wir behaupten, daß traumatische gleich epileptischer Wesensveränderung ist.

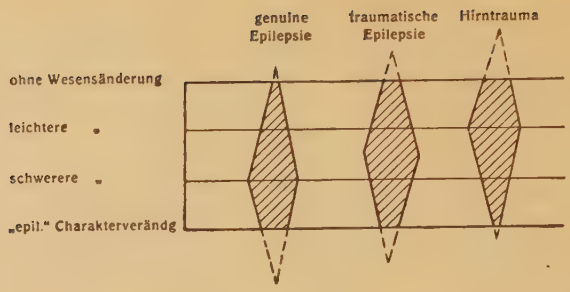
Und doch haben wir klinisch den Eindruck, daß es sich bei dem einen um einen Epileptiker, beim anderen um einen Traumatiker handelt. Ja, der klinische Unterschied scheint sich so deutlich zu erweisen daß man die Wesensveränderungen des Hirntraumas und der genuinen Epilepsie als entgegengesetzte Pole in der Typenreihe innerhalb der traumatischen Epilepsie, die damit eine gewisse Mittelstellung einnimmt, kennzeichnet und von Hirntraumatikern mit Anfällen und traumatischen Epileptikern spricht (Fleck). Daß eine derartige Typenreihe aufstellbar ist, ist mir bei meinen Untersuchungen auch aufgefallen. So möchte ich zwei, vielleicht drei Kranke als traumatische Epileptiker, also den Charakterveränderungen einer genuinen Epilepsie entsprechend, eine weit größere Zahl als Hirntraumatiker mit Anfällen und den Rest als irgend einer Zwischen-

stufe Zugehörige bezeichnen. Eine Charakterveränderung im Sinne einer genuinen Epilepsie habe ich diagnostiziert, wenn ich alle bereits abgehandelten primären Eigenschaften fand. Ich legte dabei besonderen Wert auf das Vorhandensein von Klebrigkeit, Jähzorn und Gleichgültigkeit. Dieser Gedanke stellt aber doch sicherlich einen Gegensatz zu meinem kurz vorher aufgestellten Ergebnisse dar, wo ich betonte, daß ich keinen qualitativen Unterschied, ja sogar eine zahlenmäßige Annäherung zwischen traumatischer und genuiner Epilepsie fand.

Wie ist das zu deuten? Wenn wir von Charakterveränderungen der Epilepsie sprechen, uns also einen Epileptiker vor Augen führen, so sehen wir immer das ausgesprochene Bild der Epilepsie vor uns und denken meist nicht darüber nach, daß auch unter den erblich Fallsüchtigen nur eine geringe Zahl das ausgesprochene Bild einer vollständigen Charakterveränderung zeigt, daß die Mehrzahl nur Teilsymptome bietet und daß wir immer einen gewissen Prozentsatz belasteter Personen finden, die ohne jegliche erkennbare Veränderung nichts vermuten lassen, daß sich hinter ihnen eine manifest gewordene Erbdisposition verbirgt.

Freilich liegt der Prozentsatz der ausgesprochen Charakterveränderten bei der genuinen Epilepsie höher als bei der traumatischen und vor allem bei den Hirntraumatikern, aber zu finden ist er bei allen dreien und unterscheidet sich in nichts. Darum halte ich den Ausdruck „epileptische" Charakterveränderung nicht für richtig, da er zwar mengenmäßig zutrifft, aber andererseits Verwirrung anrichtet, weil er nicht nur bei der genuinen Epilepsie vorkommt und vor allem meiner Ansicht nach nicht primär von den Anfällen, die der Begriff Epilepsie doch betont, abhängig ist, womit ich nicht ableugne, daß die Anfälle für die raschere Progredienz der Veränderung verantwortlich zu machen sind. Vielleicht wäre die gegebenere Bezeichnung: Charakterveränderung als Endzustand des pathologischen Hirnprozesses.

Meine Behauptung, die ich mit meinen Untersuchungen unter Stützung auf die Ergebnisse von Fleck belege, lautet also: Hirntrauma, traumatische Epilepsie, genuine Epilepsie, bewirken Veränderung des Wesens, die qualitativ gleiche Symptome und Richtung zeigt, die sich nur quantitativ unterscheidet, und zwar liegt für den Durchschnitt der Schwerpunkt bei der erblichen Epilepsie mehr auf der Seite der schweren Veränderung, bei der traumatischen Epilepsie in Mittelstellung und bei dem Hirntrauma mehr auf Seite der leichteren Veränderung. Schematisch ausgedrückt ergibt das für den Durchschnitt der Betroffenen folgende Zeichnungen:



Damit lautet also die Fragestellung jetzt: Wie kann man sich diese quantitative Verschiedenheit erklären?

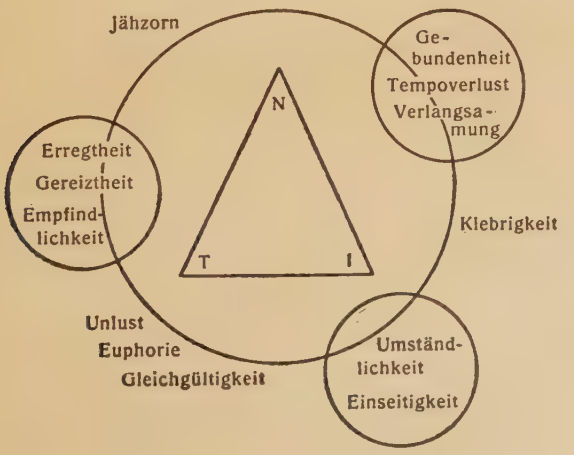
1. Zweifelsohne ist grundlegend an allen Veränderungen der Defekt im Gehirn schuld, der direkt oder indirekt die Impulse zur Umbildung gibt. Ist nun vielleicht die Wirkung des Defektes bei der genuinen Epilepsie größer als beim Trauma? Das wäre leicht denkbar. Aber wir müßten dann innerhalb der traumatischen Epilepsie die schweren Charakterveränderungen bei den räumlich ausgedehnteren Zerstörungen des Gehirns finden, oder da, wo starke neurologische Symptome hervortreten; dafür konnte ich keinen eindeutigen Befund erheben, so daß ich die ganze Fragestellung offen lassen muß. Sehr wahrscheinlich ist wohl auch, daß die Anfälle ihrerseits den Defekt vergrößern.

2. Zum anderen kann man einen Mangel im Persönlichkeitsgefüge für die Quantität der Veränderungen verantwortlich machen, also ein verschieden starkes Ansprechen des Körpers auf den Umbildungsreiz. Diesen Punkt rücken heute eine Anzahl Forscher in den Vordergrund (M a u z, S t a u d e r), engen den Begriff aber ein, indem sie von praedisponierender epileptischer Veranlagung sprechen. Ich habe schon im voraus erwähnt, daß ich nur solche Patienten aufgeführt habe, bei denen, soweit die anamnestische Erinnerung reicht, jede Vererbung ausgeschlossen werden kann. Es ist klar, daß sie bei dem komplizierten Erbgang der Fallsucht damit nicht ausgeschlossen ist, aber solange wir nicht den Vererbungsweg der Epilepsie geklärt haben, sind wir hier nur auf den Glauben angewiesen. Zudem sind Fälle beschrieben, wo in einer Familie ein mit Anfällen Behafteter ohne jegliche Wesensveränderung Geschwister mit epileptoiden Symptomen hatte. Deshalb möchte ich lieber den allgemeineren Begriff wählen und somit die Ansprechbarkeit der Persönlichkeit im Wechselspiel mit der Penetranz des Umbildungsimpulses weitgehend verantwortlich

machen für die verschieden starke Manifestation der Wesensveränderung.

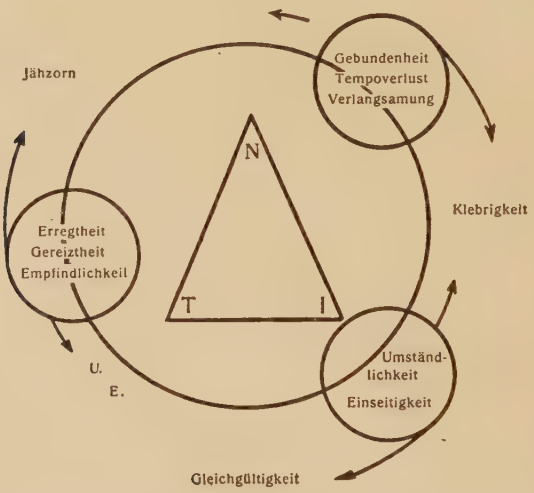
3. An einem Punkt aber dürfen wir unter keinen Umständen vorübergehen, nämlich daß der Kranke Seele und Willen besitzt und daß diese beiden Faktoren gerade bei der Zeichnung eines psychischen Bildes nicht vergessen werden dürfen. Der Traumatiker hat, wie aus meinem vorher angegebenen Durchschnittserkrankungsalter hervorgeht, meist eine normale Entwicklung und Ausreifung seiner Persönlichkeit hinter sich. Er hat praktisch keine praemorbide Phase, die seine Persönlichkeitsentwicklung unerkannt beeinflußt. So steht er als fertiger Mensch mit voller Urteilskraft den neuen Bedingungen, die sein Leiden mit sich bringt, gegenüber. Er kann sich also gewissermaßen von seiner Krankheit distanzieren; damit liegt nahe, daß er sich gegen sie und ihren Einfluß wehren wird. Wir wissen von der inneren Medizin her, was ein Gesundungswillen vermag. Der Umbildungsimpuls, falls er von dem Defekt ausgeht, wird also aktiv zurückgedrängt, und die Mehrzahl der reinen Traumatiker wird, wenn überhaupt, nur leichtere Veränderungen aufweisen. Ich möchte dabei auf meine Seite 13 angegebene schematische Darstellung zurückgreifen und es so ausdrücken:

Beim Hirntraumatiker machen sich in der Mehrzahl Wesensveränderungen bemerkbar, die im Uhrzeiger-Sinne in der Nähe der Pole liegen und die eng umschrieben bleiben ohne Beziehung zueinander.



Das gilt für die Mehrzahl der Hirntraumatiker. Daneben gibt es viele ohne jede Veränderung, aber natürlich auch solche, auf die sich eins der nachfolgend beschriebenen Bilder anwenden läßt.

Beim traumatischen Epileptiker kommt als psychisch ungeheuer belastendes Moment der Anfall dazu. Die Kranken verlieren leicht das Selbstvertrauen, sie werden von den unverständigen Nachbarn schief angeschaut, sie können sich keine größere Aufgabe mehr vornehmen, sie werden sich früher oder später nur noch als halbe Menschen fühlen. Das Krankheitsgefühl überwiegt, allmählich erlahmt der Gesundungswille und damit können sich die Wesensveränderungen viel deutlicher manifestieren und gewinnen, was sehr wichtig ist, Beziehung zueinander. Wir erhalten also eine weitere Verschiebung im Uhrzeigersinn:



Damit erstehen scheinbar ganz neue Qualitäten, in Wirklichkeit aber stellen sie nur eine quantitative Verschlimmerung der erst erworbenen Eigenschaften bzw. das Ergebnis einer Koppelung zweier primärer Veränderungen dar, was dadurch leicht möglich gemacht wird, daß der Gesundungswille erlahmt, der Kampf gegen die Krankheit aufgegeben wird. So zeitigen Erregbarkeit und Antriebsstörung zusammen die Explosiblität (Jähzorn), Tempoverlust und Verlangsamung und Absinken des Intellekts ergeben Klebrigkeit, Einseitigkeit und Temperamentsveränderung nach der Unlustseite zu führen zur Gleichgültigkeit.

Was ich für die traumatische Epilepsie ausgeführt habe, gilt noch in weit stärkerem Maße für die genuine. Die Krankheit bricht meist aus, bevor der Mensch in seiner charakterlichen Entwicklung zu Ende gekommen ist. Die praemorbide Phase, also die Krankheitsentwicklung geht der Persönlichkeitsentwicklung zumindesten parallel, wenn nicht voran. So ist es leicht erklärlich, daß der Veränderungsimpuls in einer Zeit, wo die seelischen Kräfte, die ganze Psyche sich in einem nur labilen Gleichgewicht befinden, viel eher Raum gewinnt, als bei einer in ihrer Entwicklung normal zu Ende gekommenen Persönlichkeit und daß die entstehende Krankheit, die sich entwickelnde Persönlichkeit formt. Die meisten genuinen Epileptiker gewinnen nie Abstand von ihrer Krankheit, die ja ihr Denken mit geformt hat. Selbstverständlich gibt es auch hier Ausnahmen, ich brauche nur an Dostojewski zu erinnern.

Der Sinn dieser Ausführung ist, zu zeigen, daß der genuine Epileptiker häufiger die schwereren Veränderungen zeigen wird, als der traumatische Epileptiker oder gar der Hirntraumatiker. Dazu ist für die genuinen Epileptiker noch ein Gedankengang von Wichtigkeit, auf den ich durch die Schriften Conrads aufmerksam wurde. Er erklärt zugleich die Behauptung mancher Kliniker, daß die Epilepsie eben doch ihr spezifisches Colorit habe.

Das Hauptmerkmal der genuinen Epilepsie ist außer den Anfällen die Niveausenkung. Da wir einen Erbgang annehmen, ist also die Folgerung:

Eine gewisse Anzahl der Vorfahren war mit dem Leiden behaftet, dadurch wurde das Niveau der Sippe gesenkt; wir finden heute die Epilepsie vor allem in den unteren sozialen Schichten. Das minderwertigere Erbgut offenbart sich vor allem in Verringerung der Intelligenz, die natürlich dazu beiträgt, daß der Kranke auch von dieser Warte aus keinen Abstand gewinnt zu seinem Leiden, also auch keinen Gesundungswillen haben wird. Weiterhin wird bei gleich starkem Veränderungsimpuls der weniger Intelligente viel eher dement werden als ein geistig Hochstehender, da der Abbauprozeß rein quantitativ gesehen, eher fertig ist; also werden wir bei der genuinen Epilepsie häufiger Demenz erwarten. Die Niveausenkung wird sich vor allem in der Gattenwahl zeigen; auch auf diese Weise findet eine negative Auslese statt, die vor allem (ähnlich wie beim Alkoholismus) eine Ueberlagerung des Erbguts mit psychopathischen Zügen zeitigt: Lobrednerei, brutaler Egoismus, Hypersozialismus u. ä. sind Züge, die auf Grund der negativen Auslese in diesen belasteten Familien sich sicher häufiger finden als normal und ihre Auswirkungen werden

noch durch das manifest gewordene Leiden gefördert, wie ich schon Seite 18 betont habe (Conrad).

So wäre die von vielen Autoren angegebene Häufigkeit dieser Eigenschaften zu erklären, die der Epilepsie ihr bestimmtes Colorit geben sollen. Ich glaube, wenn wir unsere Vorstellung von dem Gedanken frei machen, daß diese Eigenschaften direkt zur epileptischen Veränderung gehören, dann wird es möglich sein, eine klarere und einheitlichere Auffassung über das Epileptoid zu erreichen, ja dann können wir vielleicht doch noch das „Epileptische", besser die Wesensveränderung nach pathologischem Hirnprozeß als Ganzheit erfassen.

Zusammenfassung.

Bei meinen Untersuchungen über traumatische Epilepsie habe ich festgestellt, daß traumatische, genuine Epilepsie und Hirntrauma dieselben Erscheinungsformen in der Wesensveränderung haben, die allerdings in ihrer Häufigkeit bei den einzelnen Krankheiten verschieden sind. Als Grund dafür ist die verschieden starke Durchschlagskraft des vom Defekt ausgehenden Umbildungsimpulses, die konstitutionsbedingte Ansprechbarkeit des Organismus, aber vor allem die seelische Verfassung des Kranken anzuführen.

Eine Differentialdiagnose der genuinen Epilepsie auf Grund der seelischen Veränderungen stellen zu können, halte ich auf Grund meiner Untersuchungen für wenig wahrscheinlich.

Zum Schlusse dieser Arbeit möchte ich Herrn Prof. Dr. Fleck für die Ueberlassung des Themas und für seine freundliche Unterstützung bei der Ausführung der Arbeit sowie für die Uebernahme des Referates meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

Schrifttum:

Baumm, H.: Z. Neur. 127 (1930).

Biro, M.: Epil. u. Schädelverletzung; Ref. Zbl. Neur. 79/202.

Bumke, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 4. Auflage (Bergmann, München 1936).

Conrad, K.: Erbanlage u. Epilepsie. Z. Neur. 155/254, 509, 159/521.

Feuchtwanger, E.: Nervenarzt 3/577.

Fleck, U.: Ueber das Epileptoid u. den epileptischen Charakter; Arch. f. Psych. 1934, 102.

Gruhle, H. W.: Epil. Reaktionen u. epil. Krankh. (Handb. d. Geisteskr.).

Heydt, van der: Die Bedeutung der Erblichkeit bei den sympt. Epilepsien; Arch. Psych. 106, 333.

Mauz, Fr.: Zur Frage des epil. Charakters; Z. Neur. 1927, 45.

— —: Die Veranlagung zu Krampfanfällen; G. Thieme, Leipzig 1937.

Meyer, W. C.: Ueber posttraum. Spätepil. Dtsch. Z. Nervhk. 139, 278.

Pedersen, O.: Ueber die Entstehungsbedingungen der traum. Epilepsie. Arch. Psych. 104, 621.

Schneider, C.: Ueber Schwankung der Krampfneigung während des Lebens; Nervenarzt 7, 161.

Stern, R.: Zur Diff. Diagn. der Epil. Münch. med. Wschr. 1936, 1748.

Stauder, K. H.: Nervenarzt 7, 174.

— —: Epilepsie; Fortschr. Neur. 1938, 163.

— —: Konstitution und Wesensänderung der Epileptiker. Leipzig 1938.

Symonds, C. P.: Traumatic Epil. Lancet 1935, 1217.

Villinger, W.: Zur Frage der erbl. Fallsucht; M. m. Wschr. 1937, 461.

Weise, G.: Arch. Psych. 85, 248.

Lebenslauf.

Am 15. 9. 1915 wurde ich als der Sohn des im Kriege gefallenen Städt. Bauführers Karl Witzgall und seiner Ehefrau Marie geboren. Meine Kindheit, sowie die Schulzeit (Volksschule 1921 bis 1925; Realgymnasium 1925 bis 1934) verbrachte ich in Nürnberg. Ostern 1934 legte ich mein Absolutorium am Realgymnasium ab. Anschließend genügte ich ein halbes Jahr der Arbeitsdienstpflicht und begann, da meine freiwillige Meldung zur Wehrmacht nicht berücksichtigt wurde, im W. S. 1934 das Studium der Medizin an der Universität Erlangen. Hier legte ich auch die ärztliche Vorprüfung nach 2 bzw. 5 Semester vorschriftsmäßig ab. Das W. S. 1937/38 studierte ich an der Universität Freiburg, das S. S. 38 an der Universität in Kiel. Die letzten 2 Semester (9. und 10.) belegte ich an der Universität Erlangen. Am 10. Juli begann ich die ärztliche Prüfung und beendete sie in fünfwöchiger Prüfungszeit.